

KONKURS WOLONTARIUSZ ROKU 2014/2015

Imię i nazwisko :

Szkoła:

Tel. kontaktowy:

L.p.	Instytucja/Organizacja	Okres wolontariatu od – do	Ilość godzin wolontariatu	Potwierdzenie Instytucji/organizacji

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą

.....

(podpis wolontariusza)